OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS

SUR

LE RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE

Dû au développement de la partie moyenne DE LA PROSTATE.

N° 19. 17.

Thèse

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 5 FÉVRIER 1841,

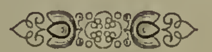
PAR

L.-F. Kijewski,

de Wola-Szydlowska (POLOGNE);

Élève particulier de M. LALLEMAND; Membre résidant de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques de Montpellier; Chevalier de la Croix militaire de Pologne (*Virtuti militari*).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1841.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

Mrs CAIZERGUES ❋, Doyen.	Clinique médicale.
BROUSSONNET ❋ ✠.	Clinique médicale.
LORDAT ❋.	Physiologie.
DELILE. ❋.	Botanique.
LALLEMAND ❋, *Président*.	Clinique chirurgicale.
DUPORTAL ❋.	Chimie médicale et Pharm
DUBRUEIL ❋, *Examinateur*	Anatomie.
DELMAS ❋.	Accouchements.
GOLFIN.	Thérapeutique et Mat. méd.
RIBES.	Hygiène.
RECH ❋.	Pathologie médicale.
SERRE.	Clinique chirurgicale.
BÉRARD ❋.	Chimie générale et Toxicol.
RENÉ.	Médecine légale.
RISUENO D'AMADOR ✠.	Pathologie et Thérap. génér.
ESTOR.	Opérations et Appareils.
BOUISSON.	Pathologie externe.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

Mrs Viguier.	Mrs Jaumes.
Batigne.	Poujol.
Bertrand.	Trinquier.
Delmas fils.	Lescellière-Lafosse.
Vailhé.	Franc.
Broussonnet fils, *Examin.*	Jalaguier, *Exa.*
Touchy.	Bories.

A MES MAITRES,

MONSIEUR LALLEMAND,

Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier; Membre de l'Institut de France; Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu St-Eloi, Chevalier de la Légion d'honneur, etc., etc.

&

MONSIEUR FRANC,

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier; Vice-Président de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques de Montpellier, etc.

Leur élève reconnaissant.

L.-F. KIJEWSKI.

A

MON PÈRE.

Amour filial.

L.-F. KIJEWSKI.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS

SUR

LE RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE

DU AU DÉVELOPPEMENT DE LA PARTIE MOYENNE

DE LA PROSTATE.

PLACÉ depuis long-temps auprès de MM. Lallemand et Franc comme leur élève particulier, j'ai eu l'occasion de voir un très-grand nombre de cas de maladies des organes génito-urinaires. Parmi ces observations, je me suis attaché spécialement à celles dans lesquelles j'ai cru reconnaître quelque chose de neuf pour la science : tels sont, je crois, ces cas de rétrécissement de l'urètre qui ne permettent pas au malade de rendre une seule goutte d'urine sans le secours du cathétérisme, et qui cependant laissent pénétrer dans la vessie les sondes les plus volumineuses.

Tâchons d'éclairer cette question par le rapport des faits.

Ire OBSERVATION.

Rétrécissement du canal de l'urètre, situé au col de la vessie, dû au gonflement de la partie moyenne de la prostate. — Erreurs de diagnostic. — Emploi répété des injections de nitrate d'argent. — Aggravation de tous les symptômes. — Suppuration de la prostate. — Fistule vésico-rectale. — Mort.

M. M***, avocat, de Lyon, âgé de 25 ans, tempérament sec et nerveux, est venu à Montpellier, au commencement de l'année 1840, pour consulter M. Lallemand.

Ce jeune homme avait depuis long-temps une affection des voies urinaires, qui s'était manifestée par des rétentions d'urine fréquentes accompagnées de douleurs tantôt sourdes et profondes, tantôt aiguës, dans la région prostatique. Néanmoins, durant ces accès, il avait toujours été aisé de faire uriner le malade; car, à son dire, les sondes avaient continuellement passé du canal dans la vessie avec facilité.

Sa maladie était la conséquence d'excès de toutes sortes, et surtout de l'abus des boissons alcooliques, à la suite desquels M. M*** avait eu des inflammations vésicales répétées. On avait fait subir au malade des traitements nombreux et variés pour cette affection, dont la détermination avait paru difficile aux médecins. Parmi les remèdes employés, on avait souvent usé d'injections poussées dans l'urètre et jusque dans la vessie avec de fortes doses de nitrate d'argent. Les

douleurs déterminées par ces injections étaient si vives, qu'il s'ensuivait presque constamment une syncope.

Le malade racontait que ce traitement avait singulièrement aggravé son état, et il déclarait que c'était depuis l'emploi de cette médication que la maladie avait pris le caractère sérieux qu'elle présentait lorsqu'il est arrivé à Montpellier.

L'examen du canal, fait par M. Lallemand, prouva qu'il était libre dans toute son étendue, à part une saillie perçue à la région prostatique. Arrivée dans ce point, et quoiqu'elle passât facilement dans la vessie, la sonde éprouvait une bascule qui faisait exécuter au pavillon un mouvement de haut en bas, tandis que son bec était brusquement relevé. Cet examen répété à plusieurs reprises, et l'exploration du rectum faite en même temps, donna à M. Lallemand la conviction qu'il existait un gonflement de la prostate et spécialement de sa partie moyenne, saillie qui donnait lieu à des rétentions, et qui forçait le malade à recourir au cathétérisme toutes les fois qu'il voulait uriner. Outre cet état, le malade souffrait habituellement de la vessie ; de temps à autre, il était surpris par des crises douloureuses qui duraient plusieurs heures, et qui avaient si profondément altéré sa santé, qu'à la première visite, M. Lallemand porta le pronostic le plus grave.

On essaya d'abord de laisser des sondes volumineuses pendant plusieurs heures dans la vessie ; mais

on fut bientôt obligé de les suspendre à cause des souffrances qu'elles déterminaient. Néanmoins il fallait sonder plusieurs fois le malade dans la journée pour évacuer les urines qui n'étaient plus expulsées sans cathétérisme. Force fut alors de laisser de côté le rétrécissement, et de s'occuper seulement de calmer les douleurs vésicales par les moyens appropriés, et de faire quelques tentatives pour relever la santé du malade de l'état de délabrement où elle était tombée. Des soins multipliés pour atteindre ce but restèrent sans succès; les urines prirent chaque jour un caractère plus funeste; d'abord chargées de matière purulente mêlée à des mucosités vésicales, elles présentèrent bientôt des débris de chairs et l'odeur des baquets d'amphithéâtre. Il s'établit, enfin, une communication entre la vessie et le rectum, et il ne s'écoulait plus par la sonde introduite dans la vessie que les matières les plus épaisses; tandis que toute la partie la plus fluide, passant par le rectum, délayait les matières fécales. Les sondes d'argent dont on se servait étaient retirées de l'urètre ternes et noircies. Ces douleurs répétées, ces accidents inhérents à cette grave affection jetèrent le malade dans un état de marasme extrême auquel il succomba dans le courant du mois d'Août.

RÉFLEXIONS.

Parmi les circonstances remarquables de cette his-

toire, celle qui frappe le plus de prime-abord, c'est l'existence d'une rétention d'urine avec un canal de l'urètre libre en apparence dans toute son étendue et perméable aux sondes les plus volumineuses. En effet, on est tenté de se demander comment les urines ne passent pas quand les sondes au-dessus du n° 12 passent sans difficulté.

La première pensée qui vient à l'esprit après un examen superficiel de ces cas, c'est que les symptômes observés sont dus à une paralysie de la vessie. C'est là généralement l'opinion des médecins qui observent pour la première fois : aussi emploient-ils en quelque sorte à outrance les médications les plus excitantes, la strichnine, les cantharides à l'intérieur, à l'extérieur et sous toutes les formes, etc., etc. Cette opinion acquiert même une telle fixité dans leur tête, qu'ils ne s'aperçoivent pas que les excitants augmentent le mal au lieu de le diminuer, et qu'ils administrent aveuglément des médicaments incendiaires, malgré les douleurs des malades et la persistance des symptômes de rétention.

Cependant, en examinant attentivement les faits, on revient facilement de cette première conception. Car les malades se rendent compte des efforts de la vessie pour expulser les urines contre un obstacle situé au col. Si on introduit une sonde dans cet organe, les malades lancent les urines plus ou moins loin, selon leur volonté, par l'effort des contractions

vésicales ; l'examen des parties par des sondes, par le porte-empreinte, par le toucher anal, etc., enfin les lumières de l'anatomie pathologique, mettent hors de doute que l'obstacle réel à la sortie de l'urine ne consiste que dans la tuméfaction de la partie moyenne de la prostate.

Dans cette observation, une inflammation de la prostate a été amenée par des excès, et spécialement l'abus des boissons. Les premiers médecins appelés, voyant les urines chargées de mucosités purulentes, ont cru avoir affaire à un catarrhe de la vessie, d'autant mieux qu'en sondant le malade, ils ne rencontraient aucun obstacle dans toute la longueur de l'urètre ; cette erreur de diagnostic donna naissance à un traitement nuisible. Les injections concentrées de nitrate d'argent augmentèrent l'inflammation de la région prostatique, firent saillir la partie moyenne engorgée, et étendirent la phlogose à toute la surface interne de la vessie : de là, ces douleurs atroces qui faisaient évanouir le malade ; de là, l'obstacle au cours des urines par le lobe moyen de la prostate, développé au-devant du col de la vessie, et bouchant la cavité du tube urétral ; de là, l'aggravation de tous les symptômes.

Comme, d'une part, le contact prolongé de l'urine sur la muqueuse vésicale ne faisait qu'en accroître l'inflammation ; comme, de l'autre, la saillie de la région prostatique interceptait le cours des urines, il était

de toute nécessité de placer de grosses sondes en gomme élastique pour répondre à la fois à ces deux indications. Ces sondes ne purent être supportées, soit parce que l'inflammation était trop intense, soit qu'il y eût déjà un commencement de suppuration dans la prostate. Que restait-il à faire ? Se rendre maître de l'inflammation, et relever, si c'était possible, les forces du malade. Mais il était déjà trop tard ; les abcès prostatiques avaient ouvert une fistule entre le rectum et la vessie ; celle-ci s'était gangrenée en plusieurs points, et les fatales prédictions que M. Lallemand avait prononcées de prime-abord se réalisèrent.

Que si, en premier lieu, on eût reconnu le siége et la cause du mal de M. M*** ; si, lorsqu'il était encore plein de vie et de force, on eût combattu les accidents inflammatoires, il est presque évident qu'on eût guéri le malade. En effet, il est à présumer que le gonflement du lobe moyen de la prostate, suite au commencement d'une inflammation aiguë, aurait disparu avec celle-ci; et cela d'autant mieux que la rétention d'urine n'étant pas d'abord continue, indiquait très-bien que l'obstacle, en s'effaçant et revenant alternativement, suivait les phases variées de l'inflammation. Si, contre toutes les probabilités, cet engorgement de la partie moyenne de la prostate eût subsisté après la disparition de l'inflammation, alors encore, en procédant prudemment et en appliquant

avec méthode les moyens que nous indiquerons, on serait très-probablement parvenu à affaisser le lobe moyen et à détruire ainsi le rétrécissement.

IIme OBSERVATION.

Rétention d'urine. — Gonflement considérable de la partie moyenne de la prostate. — Affaiblissement de l'action vésicale, dû aux efforts infructueux de cet organe pour l'expulsion des urines. — Emploi des sondes. — Cautérisations. — Affaissement de la tumeur.

M. D***, négociant de Bordeaux, est arrivé à Montpellier dans les derniers jours du mois d'Octobre 1840 : il est venu prendre les conseils de M. Franc, pour une rétention d'urine habituelle sur la cause de laquelle les opinions des médecins avaient été très-variées. Cependant on avait généralement considéré la maladie comme une paralysie de la vessie, et on avait employé sans succès, pour la traiter, les toniques et les excitants les plus énergiques. L'exploration de la vessie au moyen d'une sonde et ensuite d'un porte-empreinte, démontra qu'il existait une tumeur vers la région prostatique, car la sonde fut arrêtée un instant au col de la vessie, et M. Franc ne put la faire pénétrer dans cet organe qu'en lui faisant exécuter un mouvement de bascule par lequel le pavillon de l'instrument se porta vers l'anus. Le porte-empreinte s'arrêta également vers le point tuméfié, et la cire de sa partie inférieure fut en quelque sorte balayée par la tumeur. L'examen de la

prostate, au moyen du doigt introduit dans le rectum, prouva également que cet organe était fort tuméfié, surtout dans sa partie moyenne.

D'un autre côté, le malade racontait très-clairement que ce n'était pas la force qui manquait à sa vessie, car il la sentait lutter et s'épuiser en contractions inutiles contre un obstacle situé au col. Lorsque d'ailleurs on pratiquait le cathétérisme, l'urine sortait avec force par la sonde, et le malade, selon sa volonté, augmentait ou diminuait l'énergie du jet. L'opération du cathétérisme, pratiquée un grand nombre de fois avec l'observation des mêmes circonstances, ne laissa plus de doutes sur l'existence, au col de la vessie, d'une tumeur due au gonflement du lobe moyen de la prostate.

Quelles que soient les difficultés du traitement d'une pareille affection, les moyens thérapeutiques les plus appropriés ont été mis en usage pour détruire le gonflement du lobe moyen ; des sondes, mises à demeure pour tâcher d'affaisser la tumeur, ont été laissées plus ou moins long-temps, à diverses reprises. La cautérisation de la région prostatique a été aussi pratiquée plusieurs fois pour soumettre le tissu du col de la vessie à l'action tonique de l'inflammation aiguë. Ces divers moyens ont amené en résultat l'affaissement partiel de l'engorgement de la partie moyenne de la prostate ; le canal a acquis plus de liberté dans le point correspondant au rétrécisse-

ment. Depuis que la tumeur a été en partie aplatie, le malade a pu uriner à plusieurs reprises pendant une journée entière, pendant deux, trois et même quatre jours de suite. Mais ce résultat si heureux ne s'est pas maintenu. Il existe encore, dans le point affecté, une portion de membrane fongueuse et flottante qui semble agir en manière de soupape, et qui souvent empêche les urines de passer dans le canal. D'autre part, la vessie, fatiguée par les efforts inutiles qu'elle a faits pendant long-temps pour l'expulsion des urines, a perdu une partie de son ressort. Pour remédier, autant que possible, à ce fâcheux effet de la maladie, on a compris qu'après avoir détruit en grande partie la tuméfaction du lobe moyen, il convenait de tonifier un peu la vessie. A cet effet, les bains aromatiques, les boissons diurétiques et toniques du système urinaire ont été prescrits au malade. En ce moment, on attend l'effet de cette médication, qui complétera la cure d'une maladie qui est aujourd'hui en pleine voie de guérison.

RÉFLEXIONS.

Cette observation, non-seulement met hors de doute la réalité du rétrécissement de l'urètre par le gonflement du lobe moyen de la prostate ; mais elle vient encore à l'appui des difficultés que présentent le diagnostic et le traitement de cette affection. Cette fois

aussi on a confondu la maladie avec une paralysie de la vessie, et de ce diagnostic faux sont sortis divers traitements erronés. Dans ce cas, il est vrai, comme dans presque tous ceux de la même nature, l'erreur était facile, le malade ne pouvait uriner, et néanmoins des sondes d'un calibre assez fort parcouraient aisément les divers points de l'étendue du canal, et passaient de l'urètre dans la vessie sans trop de difficultés. Ces instruments exécutaient bien un mouvement de bascule plus prononcé que d'ordinaire en franchissant le col ; mais ce léger renversement du cathéter a pu facilement échapper à l'attention de l'opérateur. Ces erreurs prouvent surtout que, dans aucun cas de rétrécissements profonds, on ne doit omettre l'exploration de la prostate par le toucher anal.

L'emploi des sondes de gros calibre a diminué le volume de la tumeur ; les cautérisations ont raffermi les tissus fongueux et ramollis. M. B*** a rendu alors ses urines sans avoir recours au cathétérisme, et ce n'est qu'au bout d'un ou plusieurs jours que la rétention s'est manifestée de nouveau ; il était facile de comprendre alors que l'obstacle n'étant plus aussi prononcé qu'autrefois, il fallait rendre à la vessie un peu de force pour qu'elle surmontât le peu de saillie qui existe encore dans le lobe moyen de la prostate. La cautérisation remplit en partie cette indication qu'il ne faut jamais oublier dans ces cas où le réservoir

des urines est si fréquemment frappé d'inertie plus ou moins grande. Cette observation me semble donc clairement démontrer que l'introduction des sondes de plus en plus volumineuses et à demeure dans la vessie, puis les cautérisations lorsque l'irritation est tombée, atteignent le but qu'on se propose : affaisser la tumeur, resserrer et fortifier les tissus.

La guérison n'est pas encore aujourd'hui complète ; mais le malade va beaucoup mieux ; il vide sa vessie sans le secours des sondes, incomplètement encore à la vérité, soit à cause de ce repli mobile qui n'a pas encore permis aux parties de reprendre leur aplatissement normal, soit à cause de la faiblesse et du défaut de ressort de la vessie ; mais, sans doute, un usage rationnel des toniques permettra à cet organe de reprendre son élasticité première, et alors il y a tout lieu d'espérer une guérison complète de la maladie.

Anatomie pathologique.

Après avoir, par les observations précédentes, démontré l'existence des rétrécissements de l'urètre dus au gonflement de la partie moyenne de la prostate, nous allons en donner les principaux caractères anatomiques.

Et d'abord, d'où viennent les dissidences qui partagent les anatomistes sur l'existence ou la non exis-

tence de ce qu'on a appelé le lobe moyen de la prostate? Pour nous, la raison de ces deux opinions opposées nous semble tenir à ce que les uns ont examiné la prostate chez de jeunes sujets ou chez des sujets sains, tandis que les autres ont disséqué cet organe chez des vieillards ou chez des individus dont les organes génito-urinaires avaient souffert quelque altération. Et, en effet, dans l'état normal et pendant la jeunesse, il est très-difficile, quoi qu'on fasse, de découvrir un lobe moyen dans la prostate; si, au contraire, on examine cet organe sur un sujet déjà avancé en âge, ou si l'appareil urinaire a présenté pendant la vie quelque affection, il est bien rare alors qu'on ne trouve pas, outre les deux lobes latéraux de la prostate, la partie moyenne de cette glande développée, saillante et parfaitement distincte du reste de l'organe : c'est à cette portion intermédiaire qu'on a donné le nom de troisième lobe ou de lobe moyen de la prostate.

Ainsi ce n'est pas dans l'état physiologique qu'il faut chercher ce lobe. L'anatomie pathologique seule peut, dans ce cas, fournir des données positives; ainsi Everard Home n'a été conduit à l'admettre que par des recherches pathologiques. Ainsi M. Lallemand n'a pu trouver ce troisième lobe distinct que sur des sujets atteints d'affections de la prostate. Mais, dans ce cas, les trois lobes de cette glande sont bien isolés les uns des autres; le moyen très-développé, projeté

en haut et en arrière dans la vessie, et dépasse dans ces deux sens les lobes latéraux. Quand l'engorgement de la prostate a été porté très-loin, le reste de l'organe participe au gonflement de la partie moyenne, mais seulement, disent Ev. Home et M. Bégin, proportionnellement à la saillie intermédiaire. Lorsque le lobe moyen s'est développé au point d'apporter un obstacle au cours des urines, les membranes de la vessie sont ordinairement épaissies, et sa muqueuse porte différentes traces d'inflammation; celle du col soulevée, celle de l'urètre tiraillée au voisinage par la saillie prostatique, souvent jusqu'au point de former un repli transversal quelquefois double en arrière du col vésical.

Si le rétrécissement qui nous occupe se termine par la suppuration de la prostate, le lobe moyen peut offrir une ulcération qui quelquefois s'étend à la partie voisine de la membrane muqueuse de la vessie; dans ce cas, le reste de cette membrane présente tous les caractères d'une vive inflammation. D'autres fois les abcès s'étendant plus profondément, il se forme des fistules vésico-rectales, ou des fistules urinaires. Enfin, M. Bégin dit avoir rencontré, non-seulement dans la partie moyenne, mais encore dans toute l'étendue de la prostate, des tubercules et les diverses autres dégénérescences qui peuvent se développer dans des tissus homologues.

Ces courtes données anatomico-pathologiques nous

permettent de décrire maintenant le mécanisme suivant lequel s'opèrent les rétrécissements dont nous parlons. Par une cause quelconque, la portion moyenne de la prostate devient saillante, le troisième lobe est enchâssé entre les bords postérieurs des lobes latéraux, et s'élève au-dessus des canaux éjaculateurs. A mesure que le gonflement augmente, ce lobe est projeté en arrière et en haut dans la vessie, dont il relève le col, tandis qu'il fait saillie d'autre part dans le rectum. Quand la vessie et le col se contractent pour chasser les urines, cette saillie vient alors mettre obstacle à leur passage. Enfin, en soulevant la muqueuse du col vésical, en tiraillant celle du canal, il détermine un repli transversal formé par ces deux parties de la membrane refoulée en arrière. Ce repli, qui quelquefois est double, se trouve en rapport avec la paroi interne du col, et donne lieu à une espèce de soupape qui vient intercepter le cours des urines toutes les fois que leur réservoir se contracte sur elle pour les expulser. Ainsi, l'obstacle au passage du fluide urinaire de la vessie dans l'urètre dépend non-seulement de la saillie formée par le lobe moyen qui s'était développé au-devant du col, mais quelquefois aussi par un repli muqueux mobile qui vient se jeter au-devant de l'embouchure du canal dans la vessie, et littéralement en clore l'ouverture. Telle est, je crois, la manière la plus naturelle de concevoir le rétrécissement de l'urètre dû à l'engorgement du lobe moyen de la prostate.

Les rétrécissements, qui font l'objet de mon travail, sont de deux sortes quant à la marche et à la durée de la maladie. Si le développement de la prostate est la suite d'une inflammation aiguë qui se termine par une résolution franche, l'obstacle au cours des urines disparaît avec la cause qui le produisait ; le rétrécissement est momentané pour ainsi dire. Lorsque, au contraire, l'engorgement du lobe moyen dépend d'une inflammation chronique qui persiste, alors le rétrécissement est continu, peut durer des années entières, et se prolonger jusqu'à la mort, ainsi que cela a lieu souvent chez les vieillards, et presque toujours chez les sujets dont le tissu de la prostate a subi une dégénérescence quelconque. Dans d'autres cas, la suppuration s'établit et peut amener des fistules urinaires.

Parmi les causes du rétrécissement qui nous occupe, la plus fréquente est sans contredit la vieillesse : qui ne sait, en effet, combien les maladies de l'appareil urinaire, et spécialement combien les affections de la prostate sont communes chez les sujets déjà avancés en âge ? Everard Home dit avoir toujours observé, chez les vieillards, les trois lobes de la prostate parfaitement distincts, et toujours développés outre-mesure. Les excès dans les plaisirs vénériens sont aussi une des causes principales des rétrécissements dont nous parlons. En effet, en donnant lieu à une fréquente élaboration du fluide prostatique,

elles provoquent une irritation dans ces parties. J'ai eu l'occasion d'observer, à l'Hôtel-Dieu St-Éloi, dans le service de M. Lallemand, un malade atteint d'un engorgement de la prostate, suivi d'une rétention d'urines, à la suite du coït répété plusieurs fois dans la même nuit. M. Verdier rapporte une observation dans laquelle une inflammation de la prostate, suivie de rétrécissement du canal de l'urètre, avait succédé à une suppression d'hémorrhoïdes fluentes. La formation d'une pierre dans la vessie, qui peut être l'effet du développement du lobe moyen de la prostate, peut aussi en devenir la cause. Enfin, l'abus des liqueurs alcooliques, la masturbation, les blennorrhagies, les coups, les contusions, les chutes sur le périnée, les rétrécissements ordinaires de l'urètre, l'équitation prolongée, sont, après celles que nous avons indiquées, les causes principales qui peuvent donner lieu à un engorgement du lobe moyen de la prostate, et produire le rétrécissement de l'urètre dont nous nous occupons.

Les symptômes les plus saillants, à l'état aigu, sont la rétention d'urine, des douleurs tantôt obtuses et profondes, tantôt aiguës de la prostate; de vives souffrances en urinant, et qui se font principalement sentir lors du passage des dernières gouttes d'urine, soit au col de la vessie, soit à la fosse naviculaire. Des douleurs se manifestent parfois à la région de la vessie : elles sont la preuve que l'inflammation s'est

propagée jusqu'à la membrane muqueuse de cet organe, et bientôt, en effet, les urines deviennent sanguinolentes, et un état fébrile se déclare. Au commencement de l'affection, les malades urinent irrégulièrement, comme on dit, en tire-bouchon, ou bien, à un degré plus avancé de la maladie, par gouttes qui tombent verticalement sans être projetées à quelque distance : c'est que déjà il y a un obstacle au jet des urines. La vessie, obligée à des efforts considérables, perd peu à peu de sa force normale, et ne peut plus chasser les urines en masse. Il survient un besoin fréquent de vider la vessie, envies artificielles qui s'expliquent très-bien par l'irritation du col. Celui-ci acquiert, en effet, une sensibilité exquise, et dès que quelques gouttes de liquide arrivent dans la vessie, les malades en sont aussitôt avertis par un malaise et des douleurs qui les forcent à faire des tentatives pour uriner ; et ne pouvant pas satisfaire leur envie, tantôt ils se promènent, tantôt ils se mettent sur une chaise percée pour faire agir leurs muscles avec plus de force et d'avantage. Les malades éprouvent aussi une sensation de pesanteur dans le rectum ; elle est due à l'engorgement du lobe moyen de la prostate qui vient y faire saillie ; de sorte que, dans les efforts qu'ils font pour expulser les urines, les malades ont souvent aussi des envies quelquefois factices d'aller à la garde-robe. Les urines sont troubles, ammoniacales, mêlées de mucosités vésicales et de fluide prostatique

purulent; elles se décomposent avec une grande rapidité.

A l'état chronique, la vessie peu à peu finit par ne pouvoir plus se vider, ou elle se vide incomplètement; elle acquiert alors un volume considérable, de manière à faire croire de prime-abord, à des observateurs peu attentifs, à l'existence d'une hydropisie abdominale : c'est alors aussi que, faisant des efforts considérables pour surmonter l'obstacle et se débarrasser des urines, les parois de la vessie s'amincissent et perdent de leur sensibilité. Les malades en sont alors arrivés à ce point qu'ils n'ont plus conscience du besoin d'uriner, et la vessie ne se vide que par regorgement, surtout pendant le sommeil; alors aussi le ressort de ce réservoir est pour ainsi dire épuisé, forcé par une trop grande distension, et, dans ce cas, lors même que, par un emploi rationnel des moyens appropriés, on a fait disparaître l'obstacle au cours des urines, celles-ci séjournent néanmoins dans une poche inerte qui ne se contracte plus ou très-imparfaitement; et on est obligé, pour arriver à une cure radicale, de diriger toute son attention sur la médication propre à rendre à la vessie sa contractilité normale.

Ce rétrécissement de l'urètre est plus redoutable par ses suites que par lui-même. Outre les altérations profondes dont nous avons eu un exemple dans la première observation, et qui ont entraîné le malade au

tombeau, il peut donner lieu à la formation des calculs vésicaux par le séjour prolongé des urines dans la vessie, favorisant la cristallisation des sels qu'elles renferment. Il peut amener encore l'inertie ou la paralysie incomplète de cette poche à la suite de la contraction forcée des parois sur les urines qui s'y accumulent, et occasionner l'épaississement de ses membranes.

On peut supposer avec raison qu'un rétrécissement de l'urètre est dû au développement du lobe moyen de la prostate toutes les fois qu'on rencontre une ou plusieurs des causes qui peuvent donner lieu à un engorgement de cette glande, si d'ailleurs les principaux symptômes que nous venons d'énumérer existent en même temps. Néanmoins on ne doit jamais porter un diagnostic définitif dans ce sens avant l'exploration de la vessie et de la prostate au moyen du cathéter et du doigt simultanément introduit dans le rectum, avant l'examen de l'état local lui-même à l'aide du porte-empreinte. Il peut, en effet, très-bien se faire que la rétention d'urine, les douleurs et les accidents qui l'accompagnent soient la suite de spasmes, de la présence d'un calcul dans la vessie, ou toute autre affection de l'appareil génito-urinaire.

En explorant les parties au moyen de la sonde, le chirurgien doit se rappeler que, s'il existe un rétrécissement du canal dû à toute autre cause que celui dont nous parlons, il arrivera que, non-seule-

ment il ne pourra pénétrer dans la vessie à l'aide de sondes volumineuses, mais encore qu'il lui sera parfois très-difficile d'atteindre jusqu'à cet organe au moyen d'instruments d'un calibre très-fin ; que si, au contraire, l'opérateur a affaire à un rétrécissement, suite de l'engorgement de la portion moyenne de la prostate, il trouvera le canal libre dans toute sa longueur, franchira plus facilement le col avec une sonde d'un gros diamètre qu'avec une sonde mince, et pénétrera mieux encore dans la vessie avec une sonde en caoutchouc sans mandrin. Parvenu au-devant de la saillie du moyen lobe, et en la dépassant, il sentira le cathéter basculer ; son bec se portera en haut, son pavillon en bas ; et pour peu qu'il apporte d'attention à cet examen, il lui sera bien difficile de ne pas reconnaître qu'il vient de surmonter un obstacle plus prononcé que ne l'est d'ordinaire cette partie.

On peut encore arriver facilement à la vessie avec une sonde en gomme élastique, dans cette sorte de rétrécissement, avec un mandrin ; mais on doit retirer ce dernier lorsqu'on est arrivé vis-à-vis de la tumeur ; par cette manœuvre, on relève brusquement le bec de la sonde qui s'insinue dans le rétrécissement.

Quant au diagnostic fourni par le porte-empreinte, le chirurgien n'oubliera pas que, dans un rétrécissement ordinaire de l'urètre, cet instrument n'arrive pas jusqu'à la vessie, et est arrêté dans un des points

du canal, dont il rapporte la forme rétrécie ; tandis que, lorsque l'obstacle tient à un engorgement du lobe moyen de la prostate, le porte-empreinte chemine aisément jusqu'au col de la vessie, s'insinue lentement dans le rétrécissement, et rapporte une forme aplatie, émoussée en bas, présentant une extrémité relevée. La cire de la partie inférieure de l'instrument se trouve refoulée en arrière, tandis que celle qui était en rapport avec la paroi supérieure de ce canal s'arrondit sur lui en se courbant vers le haut. Ces indications peuvent manquer, mais elles existent le plus souvent, et les choses se passent ainsi que nous venons d'essayer d'en donner une idée.

Traitement. — Ainsi que dans toute autre espèce de rétrécissement, dans celui qui dépend de la saillie du lobe moyen de la prostate, la première indication du traitement est de faire disparaître l'obstacle. Mais il n'est pas toujours facile d'atteindre ce but, malgré tous les moyens qu'on a proposés, malgré tous les instruments qu'on a imaginés pour y parvenir.

Toutes les fois que le gonflement de la portion de la prostate intermédiaire aux deux lobes latéraux est l'effet d'une inflammation aiguë, on doit naturellement mettre en usage toute la médication antiphlogistique, et amener, s'il se peut, une résolution franche ; mais, en même temps, on ne doit pas négliger de vider la vessie s'il se manifestait une rétention d'urine : celle-ci, en effet, en séjournant au

contact du tissu frappé de phlegmasie, ne manquerait pas d'agir comme un irritant énergique; par le même motif, pendant la période d'acuité, on doit se garder de laisser les sondes à demeure dans la vessie. Si cet ensemble de moyens ne réussit pas à entraver la marche de l'inflammation, la maladie peut aboutir à la suppuration de la prostate : dans ce cas, si les abcès viennent faire saillie au périnée, il faut se hâter de donner issue au pus par une ponction; mais il convient de poser immédiatement des sondes à demeure pour oblitérer la fistule qui ne tarderait pas à s'établir.

La maladie peut tenir à une inflammation chronique de la prostate. Elle devient alors beaucoup plus difficile à traiter et à guérir radicalement. C'est ce qui arrive pour les vieillards, chez ceux dont le tissu de la prostate a subi une dégénérescence. Le traitement ne peut être alors que palliatif.

Il arrive que le traitement local le plus rationnel, le mieux exécuté, ne parvient à améliorer en aucune façon la position du malade. Le gonflement de la prostate tient alors à une affection générale constitutionnelle, telle que les scrophules, la syphilis; comme M. Begin le conseille, on doit alors recourir à un traitement général antiscrophuleux, antivénérien, etc.

Si l'engorgement du moyen lobe de la prostate donnant lieu à un rétrécissement est consécutif à un rétrécissement d'un des points du canal, ou

bien encore à la suppression du flux hémorrhoïdal, il convient de tenter de faire cesser la cause qui lui a donné naissance.

Lorsqu'après avoir mis en usage les divers moyens que nous avons indiqués, la maladie persiste à l'état chronique, le traitement qui nous a paru avoir le plus de succès consiste à laisser dans la vessie des sondes volumineuses pendant un certain temps, mais non pas d'une manière continue; une fois que le gonflement du lobe moyen est affaissé, les cautérisations légères et répétées sur la tumeur tonifient et resserrent les tissus. Si, après l'affaissement du lobe moyen tuméfié, la vessie a perdu de sa sensibilité normale, si les parois se sont amincies à la suite des contractions forcées, il convient de la tonifier légèrement pour lui rendre sa sensibilité première. Il sera toujours bon, après la guérison ou l'amélioration de la maladie, d'envoyer les malades à des eaux sulfureuses pour consolider le traitement.

FIN.

Sciences accessoires.

Exposer la classification générale des insectes et les caractères sommaires de leurs différents ordres.

Les naturalistes divisent les insectes en douze ordres; savoir :

1° Les *myriapodes*. 24 pieds et au-delà; pas d'ailes; exemple : *cloporte scolopendre*.

2° Les *thysanoures*. Pas d'ailes; organes particuliers ressemblant à de fausses pattes, placés à côté ou à l'extrémité de l'abdomen; exemple : *podure*.

3° Les *parasites*. Ni ailes, ni organes particuliers; bouche intérieure consistant en une fente munie de deux lèvres et de deux mandibules, ou en suçoir rétractile; exemple ; *poux*.

4° Les *suceurs*. Ni ailes, ni organes particuliers à l'abdomen; bouche extérieure consistant en un bec ou une trompe cylindrique renfermant un suçoir de deux pièces; exemple : *puce*.

5° Les *coléoptères*. Quatre ailes, les supérieures crustacées, en forme d'étui (élytres); des mandibules et deux mâchoires; les ailes inférieures pliées simplement en travers; exemple : *hanneton*, *cantharide*.

6° Les *orthoptères*. Quatre ailes, les supérieures coriaces en forme d'étui ; des mandibules et deux mâchoires ; ailes inférieures pliées en deux sens, vues seulement en longueur ; exemple : *sauterelle*.

7° Les *hémiptères*. Quatre ailes, les supérieures crustacées à la base, membraneuses à l'extrémité, mais un suçoir composé de deux soies ; exemple : *punaise*, *cigale*.

8° Les *névroptères*. Quatre ailes membraneuses nues ; des mandibules et des mâchoires ; les ailes finement articulées en réseau très-fin à la surface ; les inférieures plus longues ou aussi longues que les supérieures ; exemple : *libellule*, *éphémère*.

9° Les *hyménoptères*. Quatre ailes nues, membraneuses ; deux mandibules et des mâchoires ; les ailes simplement veinées ; les inférieures plus petites que les supérieures ; exemple : *abeille*.

10° Les *lépidoptères*. Quatre ailes recouvertes de petites écailles en forme de poussière ; pas de mandibules ni de mâchoires, mais une trompe roulée en spirale ; exemple : *papillon*.

11° Les *rhipiptères*. Quatre ailes pliées en éventail ; deux écailles en forme de petites élytres placées à l'extrémité antérieure du corselet ; deux mâchoires en forme de soies ; exemple : *xenos*.

12° Les *diptères*. Deux ailes étendues ; dans le plus grand nombre, un balancier ; un suçoir dans une gaîne articulée ; exemple : *mouche*.

Anatomie et Physiologie.

—

Des caractères microscopiques du lait, et de la composition des globules de ce fluide.

Lorsqu'on place du lait sous le champ d'un microscope, on aperçoit aussitôt une grande quantité de globules nageant dans un fluide homogène, et sans aucun mélange de corps étrangers.

Le lait de femme, le lait d'ânesse et celui de vache, sur lesquels j'ai porté mes observations, présentent, dans la configuration, le volume et la quantité de leurs globules, des différences que je vais énumérer succinctement.

Le lait de femme offre, à l'inspection microscopique, des globules nombreux, sphériques, isolés les uns des autres, à bords noirs et irréguliers; leur aspect est net; leur nombre est plus considérable que dans le lait d'ânesse, et inférieur à ceux du lait de vache. Leur volume varie depuis $\frac{1}{500}$ jusqu'à $\frac{1}{50}$ de millimètres environ : néanmoins ce sont ces globules du lait de femme qui offrent les plus grandes dimensions.

Les globules du lait d'ânesse ont beaucoup d'analogie avec les précédents; mais leur diamètre et leur quantité sont moindres.

Dans le lait de vache, les globules sont remarquables et par leur grand nombre et par la petitesse de leur volume ; mais ils diffèrent, en outre, de ceux du lait de femme et de ceux du lait d'ânesse par leurs bords qui paraissent dentelés.

Quant à la composition des globules du lait, en général, M. Turpin a dit y avoir trouvé deux enveloppes concentriques dont la plus petite renfermerait un fluide. Cet observateur a même comparé les globules du lait aux grains polliniques des anthères. Pour nous, nous nous contenterons de signaler l'opinion de M. Turpin, en avouant franchement notre ignorance entière à ce sujet.

Sciences chirurgicales.

—

Des dangers des plaies du larynx et de la trachée-artère par armes à feu.

Le premier danger qui accompagne les plaies du larynx et de la trachée-artère par armes à feu, et contre lequel il faut agir avec la plus grande promptitude, est la suffocation qui peut dépendre de causes différentes : tantôt c'est la rétraction du bout inférieur du conduit aérien qui peut être bouché par le gonflement des parties voisines ; tantôt c'est l'hémorrhagie qui peut avoir lieu, et le sang s'introduisant dans l'intérieur du larynx et de la trachée-artère, amène la suffocation.

L'inflammation est aussi un des accidents non moins redoutables des plaies du larynx et de la trachée-artère, car elle se propage avec une grande facilité aux parties et aux organes voisins.

Ces plaies se réunissent difficilement, à cause des cartilages qui entrent dans la structure du conduit aérien ; si elles sont accompagnées de grandes pertes de substance, la réunion ne peut avoir lieu, et il en résulte des fistules qui empêchent les blessés de parler lorsqu'elles ne sont pas couvertes.

Au reste, quand les malades sont guéris, ils se ressentent presque toujours d'une altération plus ou moins grande de la voix, et quelquefois de la perte de la parole, surtout si le projectile a lésé les cordes vocales.

Sciences médicales.

—

Quelle est la valeur séméïologique des perversions de l'ouïe?

Les perversions de l'ouïe peuvent être le signe d'une otite aiguë et chronique qui peut même aller à l'abolition de ce sens, ou bien de la présence d'un corps étranger introduit dans le conduit auditif externe et de l'inflammation consécutive de ce dernier, ou bien encore d'une angine tonsillaire qui donne quelquefois lieu, soit à l'occlusion de la trompe d'Eustache, soit au simple engorgement de la muqueuse qui la tapisse. Si le sujet est fort et sanguin, la perversion de l'ouïe peut tenir à une congestion, ou même à une apoplexie cérébrale. Elle peut être aussi le signe d'une encéphalite, d'une méningite, ou d'un abcès dans la boîte crânienne, suite de traumatisme. Enfin, une névralgie, ou l'aliénation mentale dans quelques-unes de ses formes, peuvent amener la perversion de l'ouïe.